

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1935

N°

THÈSE

503

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Ester STEREN

Née le 21 Mars 1909 à Lipcani (Roumanie)

**Propos sur les différentes
techniques d'extraction
de la dent de sagesse inférieure**

Président : M. LEMAITRE, Professeur

PARIS

LES PRESSES MODERNES

96, GALERIE BEAUJOLAIS (PALAIS-ROYAL)

1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1935

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Ester STEREN

Née le 21 Mars 1909 à Lipcani (Roumanie)

Propos sur les différentes techniques d'extraction de la dent de sagesse inférieure

Président : M. LEMAITRE, Professeur

PARIS

LES PRESSES MODERNES

96, GALERIE BEAUJOLAIS (PALAIS-ROYAL)

—
1935

LE DOYEN..... G. ROUSSY.

I. — PROFESSEURS

	CH.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	N.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
»	CARNOT.
»	CLERC.
»	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GREGOIRE.
»	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
»	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGEANT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Professeurs sans chaire	HOVELACQUE.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	VERNE.
»	MOIGNOT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.	LANTUEJOUL	Obstétrique.
BERNARD (Etienne) . .	Pathologie médicale.	LAROCHE (Guy) . . .	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.	LEMAIRE	Pathol. expérimentale.
BULLIARD	Histologie.	LEVEUF	Patholog. chirurgicale.
CATHALA	Pathologie médicale.	Mlle J. LEVY	Pharmacologie.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.	LEVY-VALENSI	Neurol. et Psychiâtrie.
DOGNON	Physique.	MOREAU	Pathologie médicale.
FEY	Urologie.	MOULONGUET	Patholog. chirurgicale.
GALLIARD	Parasitologie.	MOUQUIN	Pathologie médicale.
GASTINEL	Bactériologie.	OBERLING	Anatomie pathologiq.
DE GAUDART D'ALLAINES	Patholog. chirurgicale.	PETIT-DUTAILLIS . .	Patholog. chirurgicale.
GAYET	Physiologie.	PIEDELIEVRE	Médecine légale.
GIROUD	Histologie.	PORTES	Obstétrique.
HAGUENAU	Pathologie médicale.	RICHET	Physiologie.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngol.	SANNIE	Chimie biologique.
HAZARD	Pharmacologie.	SENEQUE	Patholog. chirurgicale.
HUGUENIN	Anatomie pathologiq.	TROISIER	Pathol. expérimentale.
JOANNON	Hygiène.	TURPIN	Pathologie médicale.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.	VIGNES	Obstétrique.
LACOMME	Obstétrique.	WILMOTH	Patholog. chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.		MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgic.	LEROUX	Anatomie pathologiq.
BUSQUET	Pharmacologie.	LEVEU-LEMAIRE . . .	Parasitologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.	ZIMMERN	Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ABRAMI	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE		BROcq	
AUBERTIN		CADENAT	
BRULÉ		HEITZ-BOYER	
CHABROL		MOURE	
CHIRAY		QUÉNU	
DONZELOT		SCHWARTZ	Clinique Obstétricale.
DUVOIR		VELTER	
HARVIER		ECALLE	
LIAN		GUENIOT	
PASTEUR-VALLERY- RADOT		LE LORIER	
SÉZARY		LEVY-SOLAL	
		METZGER	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique
FREY	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 3 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MÈRE

*Qui m'a toujours entouré de la plus grande
affection et d'un dévouement sans bornes.*

A MON PÈRE

*En témoignage de ma plus profonde affec-
tion et de ma reconnaissance infinie pour
sa grande bienveillance et pour tout ce
qu'il a fait pour moi.*

A MA SOEUR ET MON BEAU-FRÈRE

En témoignage de ma grande affection.

A TOUS MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR LEMAITRE

Professeur de Clinique Oto-Laryngologique à la Faculté
Oto-Laryngologiste de l'Hôpital Lariboisière
Officier de la Légion d'Honneur

A qui nous exprimons notre très respectueuse reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A M. LE DOCTEUR CROCQUEFER

Médecin stomatologiste des Hôpitaux de Paris
Stomatologiste de la Maison de Santé du Gardien de la Paix
Professeur suppléant à l'Ecole Française de Stomatologie

*Qui a bien voulu nous inspirer cette thèse.
Témoignage de profonde gratitude.*

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ
DE MÉDECINE DE STRASBOURG

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

A MES MAITRES DE L'ECOLE FRANÇAISE
DE STOMATOLOGIE

PRÉFACE

Dans différentes thèses, la question de la dent de sagesse fut traitée, mais nous voulons nous occuper dans cette thèse d'un aspect spécial de cette question, notamment : Comment arriver à un choix logique d'un procédé d'extraction de la dent de sagesse inférieure.

Pour aboutir aux conclusions, il nous faudra parcourir un certain nombre des chapitres.

Ainsi, après avoir rappelé l'histoire de la question (I), nous exposerons les différentes techniques d'extraction pratiquées sur cette dent (II). Après, nous décrirons les conditions anatomiques dans lesquelles a lieu cette extraction (III), pour aboutir aux classifications qui ont été faites en vue de faciliter et simplifier cette intervention (IV).

Nous exposerons enfin les surprises que peut avoir l'opérateur au cours de cette intervention, malgré des classifications, qui ont aidé son choix de l'intervention (V).

Enfin, nous verrons quelles conclusions nous devons tirer, en vue de ces surprises rencontrées malgré toutes les précautions (VI).



Digitized by the Internet Archive
in 2026

I

HISTORIQUE

La dent de sagesse fait l'objet de nombreuses études à l'heure actuelle, tant au point de vue embryologique, pathogénique, clinique, qu'au point de vue de la technique de son extraction.

L'étude de cette dent manque dans les écrits d'Hippocrate, de Pline, de Galien. A cette époque, l'extraction dentaire était considérée comme très dangereuse et Hippocrate ne pratiquait que l'avulsion des dents très branlantes ; on comprend qu'il ne devait pas s'intéresser aux dents incluses.

A l'époque du « pélican », du « tiretoire », du « déchaussoir », aucune mention particulière n'est faite de l'extraction des dents de sagesse.

Pour la première fois, on la mentionne dans la « Vraye Anatomie des dents », 1581, par Urbain Hémar, à Lyon.

Après, John Hunter en 1771, Jourdain en 1776, surtout Toirac en 1828 donnent des descriptions un peu plus précises.

Au XIX^e siècle, la question préoccupe les auteurs, surtout du point de vue de la pathogénie des accidents de la dent de sagesse.

Ainsi, Heydenreich en 1878 expose sa théorie pathogénique mécanique des accidents de la dent de sagesse. Rédier, Cornudet, élève de Redier, Galippe, Cruet, Capdepon, défendent la théorie infectieuse.

Moty en 1897, expose la théorie de l'irritation des débris épithéliaux paradentaires.

Enfin Dieulafé et Herpin cherchent à faire la synthèse entre la théorie mécanique et la théorie infectieuse.

Encore maintenant les avis sur cette question se partagent.

Ainsi, Broca, Magitot, Brocq et Monier défendent toujours la théorie de Heydenreich, tout en faisant une part aux accidents infectieux, tandis que Capdepon, Fargin-Fayolle, Chompret, l'Hirondel, Sebilleau etc... se rangent plutôt du côté de la théorie infectieuse.

Les conceptions pathogéniques nous intéressent, car elles détermineront la thérapeutique, l'indication et la méthode de l'intervention.

Déjà au XIX^e siècle, la technique de l'extraction retient l'attention des chirurgiens et spécialistes. Ils s'occupent des conditions qui rendent difficile l'extraction et en particulier du rôle joué par la dent de douze ans.

Il fut un temps où, pour faciliter l'opération, on enlevait préalablement la deuxième grosse molaire.

Reclus, Magitot pratiquaient une technique originale. Ils enlèvent la deuxième molaire, pratiquent l'extraction de la dent de sagesse, pour finalement réimplanter la deuxième molaire (1).

Heydenreich expose dans sa thèse d'agrégation (1877) la méthode vraiment chirurgicale de l'extraction de cette dent. Il pratique une véritable ouverture osseuse à l'aide de la gouge et du maillet, pour extraire la dent de sagesse, mais il donne la préférence à la voie cutanée, en raison du trismus.

Cette voie a été très rapidement abandonnée pour la voie buccale.

Depuis, on a étudié beaucoup les questions de l'indication de l'intervention, du choix de l'anes-

thésique, de la technique de l'intervention elle-même.

La question du moment de l'intervention (à chaud ou à froid) pendant les accidents aigus de la dent de sagesse, a divisé les savants en deux camps adverses.

Les uns, avec MM. Chompret, Dechaume, Lecène, Sebileau, plaident pour l'extraction d'urgence à chaud, les autres avec Rousseau-Decelle, Raison, etc... et aussi quelques auteurs allemands comme Axheim plaident plutôt en faveur de la temporisation.

Les progrès actuels de la radiographie, de l'instrumentation, de l'anesthésie, amènent la question de la dent de sagesse sur un plan de plus en plus rationnel, simple et scientifique.

II

LES DIFFÉRENTES MÉTHODES D'EXTRACTION DE LA DENT DE SAGESSE INFÉRIEURE

Les méthodes d'extraction de la dent de sagesse inférieure sont très nombreuses, tant dans les traités classiques, que chez les auteurs modernes.

Nous allons diviser ce chapitre en deux parties ; dans la première, nous traiterons des extractions simples, dans la seconde des extractions chirurgicales.

A

Parmi les extractions simples nous exposerons :

- 1° L'extraction au davier ;
- 2° L'extraction à l'aide des élévateurs ;
- 3° L'extraction à la langue-de-carpe.

Avant de passer à l'extraction proprement dite il faut pratiquer l'anesthésie.

Dans les extractions simples, on peut pratiquer, si la dent est très mobile, l'anesthésie au chlorure d'éthyle ; si non, on peut pratiquer l'anesthésie locale à la novocaïne à 2 % par exemple.

Quelquefois, on est obligé de recourir à l'anesthésie régionale, qui se pratique dans le trou dentaire, au niveau de l'épine de Spix.

Si le trismus est gênant, on recourt à l'anesthésie du nerf massetérin, faite d'après la technique exposée par Bercher en 1922.

1°

L'anesthésie faite par l'un ou l'autre des procédés exposés plus haut, on passe à l'extraction proprement dite.

Le premier temps de chaque extraction est la syndesmotomie, surtout en arrière de la dent.

Après, on applique le davier.

On peut employer :

a) Le davier à bec de faucon, si les conditions anatomiques permettent sa mise en place.

b) Le davier à bec de faucon à branches coudées ; il en faut un pour le côté gauche, l'autre pour le côté droit.

c) Le davier à molaire inférieure, et surtout :

d) Le davier à dent de sagesse inférieure.

« La position de l'opérateur et la technique sont les mêmes qu'au cours des extractions de toutes les grosses molaires inférieures » (Herpin).

« S'il s'agit d'une dent à droite, l'opérateur se place en arrière et à droite du patient dont il appuie la tête sur le côté gauche de sa poitrine. Le bras gauche empaume la mandibule de telle sorte que le pouce se place sur la face linguale, l'index situé dans le sillon vestibulaire écarte la joue tandis que les trois autres doigts passent sous le menton.

« S'il s'agit d'une dent située à gauche, l'opérateur se tient devant le patient, le médus de sa main gauche engagé sur la face linguale de la mandibule refoule la langue, l'index enfoncé dans le sillon vestibulaire écarte la joue et le pouce est engagé sous le menton, les deux autres doigts sont li-

bres hors de la bouche. Ayant pris la position convenable, le davier est saisi par la main droite à pleine paume, le pouce vient entre les branches du davier contrôler l'effort du serrage. Après une prise correcte, la dent sera luxée par un mouvement lent et continu du poignet droit, en dehors et en bas ». (Crocquefer).

Le davier luxe donc la dent vers le vestibule, c'est-à-dire vers la partie la moins résistante, comme cela se passe pour toutes les autres dents (canines et incisives du haut exceptées). Pour la dent de sagesse, on peut donc employer le davier, quand l'os qui entoure la dent, présente les mêmes caractères qu'au niveau des autres dents, c'est-à-dire qu'il est lièrement mince à cet endroit.

Entre le davier et l'élévateur, se place un instrument qui remplit à la fois le rôle d'un davier et d'un élévateur, c'est la pince de homard.

M. Herpin recommande l'emploi de cet instrument dans le « Traité de Stomatologie », de même Hauenstein (Munich) lui réserve une place particulière dans son rapport au 8^e Congrès dentaire international (1931).

M. Chompret en condamne l'emploi, parce que la visibilité est diminuée et les chances de fracture de la dent sont augmentées, la prise se faisant au niveau de la couronne et les mors de l'instrument cachant le champ opératoire.

2°

Passons à l'extraction à l'aide d'élévateurs. En France on emploie généralement l'élévateur droit de Pont ; mais il existe de nombreux élévateurs fabriqués dans ce but. Ainsi on peut citer : l'élévateur de Bein, Bertin, Vayna, Thoms, de Léluse, éléva-

teur à gouge de Partsch, élévateurs gouges droits et coudés de Kronfeld, l'élévateur baïonnette de Mayrhofer et de Loos, I. Winter a confectionné 28 élévateurs.

Voilà comment est exposée la question de l'emploi de l'élévateur dans le Traité de Stomatologie de Dieulafé et Nogué.

« On insinue l'élévateur entre la racine et la paroi alvéolaire jugale, en prenant un point d'appui sur les parties molles ou dures. On enfonce l'instrument en dédolant puis on fait basculer le manche de l'élévateur en dehors vers la joue et immédiatement on voit la dent se luxer en dedans.

Quelquefois, il ne faut même pas luxer, la dent s'énuclée comme un noyau de cerise. »

L'élévateur est un instrument qui est beaucoup employé, surtout par G. B. Winter en Amérique ».

3°

Un instrument très employé pour l'extraction de la dent de sagesse inférieure est la langue-de-carpe, avec laquelle on bascule la dent en haut et en arrière, en prenant un point d'appui sur la face distale de la 2^e molaire.

On introduit la langue-de-carpe en plein maxillaire, entre la racine mésiale de la dent de sagesse et la racine distale de la dent de douze ans, la gouttière dont est creusée la partie active de l'instrument sera tournée vers la dent à extraire.

La langue-de-carpe est alors saisie par la main droite qui l'empaume.

Si on extrait une dent à droite, le pouce vient se placer sous la partie lisse du manche, qui regarde la concavité de la courbure de l'instrument.

Le médius et l'annulaire, contournant le manche, s'introduisent dans la rainure dont celui-ci est creusé ; l'index vient se placer près du bec de la langue-de-carpe en s'y arc-boutant.

L'instrument est enfoncé en plein maxillaire entre les racines au-dessous de la couronne des dents, obliquement, de haut en bas et de dehors en dedans. Quand il est solidement planté dans l'os, on imprime à l'instrument un mouvement de rotation sur son axe, dans le sens des aiguilles d'une montre. Le plus souvent la dent de sagesse est alors luxée et il suffit de la saisir au davier pour en pratiquer l'exérèse.

Lorsqu'il s'agit d'une dent à gauche, la main droite empaume la langue-de-carpe de telle sorte que l'index regardant par sa face palmaire, la concavité de la courbure de l'instrument vienne s'appuyer de son extrémité sur le bec de la langue-de-carpe. Naturellement le pouce s'accroche d'un côté dans la rainure dont le manche est creusé et l'annulaire et le médius embrassant l'instrument viennent s'appuyer sur l'autre face de cette rainure. On introduit l'instrument, comme il est dit plus haut, la concavité tournée vers la dent à extraire. On imprime à l'instrument un mouvement de rotation sur son axe et en sens inverse des aiguilles d'une montre et on termine l'extraction comme précédemment.

Parmi les procédés d'extraction simples, on peut encore citer l'extraction à l'aide de la clef de Garangeot, qui est aujourd'hui d'un emploi rare.

La dent retirée par l'un ou l'autre des procédés d'extraction, il s'agit dans tous les cas d'instituer des soins post-opératoires qui consistent en lavages

fréquents antiseptiques. Il s'agit de lutter contre la douleur par des analgésiques comme aspirine, phénacétine, etc.

B.

Dans cette partie du deuxième chapitre, nous traiterons des extractions chirurgicales. Nous distinguerons les interventions par voie interne (1°), qui sont les plus nombreuses, et par voie externe (2).

1°

Ayant fait l'examen clinique et surtout radiographique, qui est extrêmement important, on procède à l'anesthésie.

On pratique le plus souvent l'anesthésie régionale à laquelle on adjoint l'anesthésie locale vestibulaire et l'anesthésie massétérine, s'il y a du trismus ; quelquefois on est obligé de recourir à l'anesthésie générale.

Les auteurs comme MM. Herpin, Nogué, Dieulafoy sont d'avis, dans le Traité de Stomatologie, tome I, que dans les interventions chirurgicales, il faut pratiquer l'anesthésie générale au chloroforme ou à l'éther. Les américains emploient l'anesthésie générale au protoxyde d'azote et oxygène. Les auteurs allemands préconisent l'anesthésie en agissant sur la base du crâne, à laquelle on adjoint une anesthésie du nerf buccinateur pour produire une plus grande ischémie.

a) Nous allons exposer maintenant la méthode chirurgicale la plus employée en France décrite par M. Béal dans sa thèse de 1927, et après nous exposerons les modifications qui ont été apportées à la méthode chirurgicale, soit par des auteurs français, soit par les auteurs étrangers.

La technique comprend 3 temps : 1° Incision de la muqueuse, 2° Désenclavement de la dent, 3° Dégagement de la dent.

1^{er} temps. — On fait une incision en U ou en T. En cas d'œdème, d'ulcération il faut pratiquer l'ablation complète du capuchon, qui recouvre la région. Comme instrument on emploie le bistouri droit ou coudé, qui facilite la section de la partie postérieure et interne de la muqueuse.

Si la dent est incluse, la fibro-muqueuse et le périoste sont incisés et réclinés.

Quelquefois, la couronne étant dégagée partiellement au niveau d'une de ses cuspidés, la reclinaison ou ablation du lambeau peut être rendue difficile à cause du sac péricoronaire, dont les faisceaux fibreux prennent une insertion particulièrement puissante au niveau du collet de la dent (Chompret).

2^e temps. — Le désenclavement s'effectue par la paroi supérieure et externe de l'alvéole.

Brocq et Monier préconisent d'enlever la paroi externe en découvrant la couronne et le premier tiers des racines.

Les autres enlèvent toute la paroi externe, Winter par exemple, pratique un léger forage le long de la dent pour permettre de glisser l'instrument et luxer la dent, de même cette paroi sert de point d'appui pour plus tard.

En ce qui concerne la paroi interne, la majorité des auteurs sont d'accord pour la respecter, parce que, autrement on ouvre une porte à l'infection vers le plancher buccal et le tissu périamygdalien.

Comme instrumentation pendant le 2^e temps de l'intervention on se sert de la gouge et du maillet ou de la fraise ou bien d'un ciseau qui est à rapprocher de la gouge. George Winter se sert d'un ins-

trument spécial, « alvélosecteur » ou « ossivector » qui possède une poignée, ce qui exclut l'emploi du maillet.

Les auteurs qui banissent de leur instrumentation la gouge et le maillet invoquent comme inconvénients la mise en place qui est difficile, le dérapage possible.

Ceux qui n'aiment pas la fraise, trouvent qu'elle provoque une poussière, qui est cause de suppuration post-opératoire, Berger, par exemple, pense que la fraise surchauffe l'os. On peut encore se servir de la pince-gouge de Lombard, qui est un instrument très précis.

La résection commence à se faire à la face supérieure de l'os et se poursuit en dehors allant de proche en proche jusqu'au désenclavement complet de la dent.

3° *temps*. — Le dégagement de la dent se pratique avec l'élévateur droit, ou la langue-de-carpe si la dent est facilement mobilisable.

On luxe la dent, en introduisant l'instrument sous la racine mésiale et en faisant un mouvement de rotation qui entraîne la dent en haut et en arrière.

Maintenant il ne reste qu'à cueillir la dent. Brocq et Monier cueillent celle-ci avec un élévateur coudé qu'on enfonce entre elle et la paroi antérieure de l'alvéole.

Winter se sert comme point d'appui de la paroi externe et emploie comme levier un élévateur à double courbure.

La dent extraite on institue un traitement post-opératoire, lequel doit être respecté avec plus de rigueur encore que précédemment.

Il faut se demander s'il existe cette seule tech-

nique opératoire avec quelques modifications que nous avons mentionnées au cours de l'exposé ?

Non ! il en existe d'autres pratiquées aussi par voie interne.

b) Ainsi par exemple, certains auteurs pratiquent la résection de la partie coincée de la dent (si le cas se présente) à l'aide des disques de carborundum en protégeant les parties molles voisines avec un protège disque métallique, ou à l'aide des fraises à fissure ou avec un disque de vulcarbo à centre en caoutchouc rouge (Hauenstein, Munich).

c) Thoma (Boston) est d'avis que dans les cas difficiles, il vaut mieux fracturer la dent en plusieurs parties au lieu de produire un délabrement du voisinage, il se sert d'une « Hanahen »-fraise.

Suivant la position de la dent, il fraise un trou dans la face buccale, y introduit un élévateur et sort la dent, dans d'autres cas il enlève la partie distale ou mésiale de la couronne avec une fraise, après il enlève les deux parties.

d) MM. Seimbille, Charron, Leger-Dorez, séparent souvent la couronne de la racine à l'aide des fraises et enlèvent séparément les deux parties.

e) M. Herpin incise la fibro-muqueuse et le périoste avec un bistouri, après il résèque à la gouge et au maillet la table externe du maxillaire jusqu'au dégagement de la couronne, et se sert d'ostéotome à spirale de Cryer.

Voilà comment il décrit ce procédé :

L'ostéotome enfoncé sous la couronne, entre elle et l'os et détermine un espace à la fois dans l'os et dans la dent, qui permet d'introduire la pointe de l'élévateur droit entre la dent et la mâchoire. On luxe du côté le plus facile. M. Herpin applique ce procédé aux dents incluses et semi-incluses.

2°

Nous voulons nous borner à exposer simplement la technique d'intervention par voie externe, telle qu'elle a été définie par Boissier et Tramuet au VII^e Congrès Français de Stomatologie (1932), en nous réservant de faire ultérieurement la critique de cette méthode. Pour intervenir par voie externe, on pratique généralement l'anesthésie locale.

L'incision se fait : a) Soit en pleine région angulaire sur 3 cm. et parallèlement au bord inférieur du maxillaire à 2 cm. environ au-dessus de lui.

b) Soit sous le bord inférieur du maxillaire en réclinant la peau vers le haut.

c) Soit en faisant une incision en L suivant le contour de l'angle, permettant de décoller le masseter par derrière.

Après avoir incisé la peau, on sectionne le masseter en l'abordant par la partie inférieure, ensuite on dénude l'os à la rugine de Farabeuf et on pratique la trépanation soit à la rugine et au maillet, soit à la fraise électrique.

Après la trépanation la dent est cueillie par un élévateur. Une fois la dent extraite, on fait un bon lavage au liquide de Dakin, on met une mèche à l'iodoforme, mais on ne suture pas, parce que le pus peut trouver une issue vers le canal dentaire en bas, ou vers la fosse ptérygo-maxillaire en haut. Il faut toujours surveiller rigoureusement ces malades après l'intervention et instituer le traitement efficace si c'est nécessaire.

Nous voyons donc que les procédés sont très nombreux. Il s'agit de choisir le bon, mais pour cela il est indispensable d'étudier les conditions anatomiques dans lesquelles se présente l'extraction de la dent de sagesse inférieure.

III

ANATOMIE DE LA RÉGION ET DE LA DENT DE SAGESSE

Nous étudierons dans ce chapitre l'anatomie de la région où se trouve la dent de sagesse (1°), et l'anatomie de la dent elle-même (2°).

1°

La région de la dent de sagesse empiète sur plusieurs régions topographiques de même elle communique avec plusieurs régions importantes de la face et du cou.

Étudions d'abord la région de la dent de sagesse et après nous allons décrire les rapports de voisinage.

Allant de l'extérieur vers l'intérieur nous rencontrons d'abord :

La peau qui glisse facilement sur l'aponévrose sous-jacente.

Le tissu cellulaire sous-cutané où cheminent :
l'artère transversale de la face, branche de la temporale superficielle, qui passe très haut par rapport à la dent de sagesse.

Les ramifications divergentes du nerf facial. Le prolongement antérieur de la parotide, qui se trouve recouvert, comme la parotide elle-même par un mince feuillet aponévrotique qui se fusionne à ce niveau avec l'aponévrose massétérine.

Le canal de Sténon qui émerge de la face profonde du prolongement antérieur de la parotide, recouvert d'une expansion aponévrotique, se porte d'arrière en avant contournant le bord antérieur du masséter.

Tout en bas de la région on voit les fibres les plus reculées du peaucier du cou.

Au niveau de l'angle antéro-inférieur du masséter on voit l'artère et la veine faciales.

Enlevant la peau et le tissu sous-cutané on tombe sur l'aponévrose massétéline, qui entoure le muscle de même nom, formant avec la branche montante du maxillaire une loge ostéo-fibreuse ; cest la loge massétéline. Elle est close de toutes parts sauf au niveau de l'échancrure sigmoïde, où elle communique librement avec la loge zygomatique. La loge massétéline est comblée par le muscle masséter, qui prend les insertions inférieures sur l'angle de la mâchoire et sur la face externe de la branche montante. En arrière le masséter laisse à nu une certaine partie du maxillaire, en avant il déborde le bord antérieur du maxillaire. Il est séparé du buccinateur, qui vient s'insérer au niveau des dernières molaires inférieures, par la boule graisseuse de Bichat.

Incisant le masséter, on tombe sur le périoste sur lequel le muscle prend ses insertions inférieures.

Après nous tombons sur le plan squelettique, qui est composé de l'angle du maxillaire formé par la branche horizontale et verticale du maxillaire.

La face externe offre des fortes rugosités, où s'insère le masséter, et la ligne oblique externe.

La face interne présente la ligne oblique interne qui vient se réunir à l'externe dans l'espace rétro-molaire, et l'orifice supérieur du canal dentaire, bordé en avant et en bas par l'épine de Spix et contenant le nerf et l'artère dentaires, lesquels après un trajet intra-osseux sortiront au niveau du trou mentonnier.

Le canal dentaire entre souvent en rapport avec les racines de la dent de sagesse. Frankensiepper soutient que ce fait se rencontre dans 50 % des cas. Ce chiffre semble trop exagéré.

Sur la face interne du maxillaire recouvert par le périoste prennent insertion un certain nombre de muscles : en bas et en arrière, c'est le ptérygoïdien interne, qui forme avec le masséter une sorte de sangle engainant la branche du maxillaire; en haut, sur le côté interne du col du condyle vient s'insérer le ptérygoïdien externe ; entre les deux se trouve l'aponévrose interptérygoïdienne, qui en s'épaississant en arrière, forme les ligaments sphéno-maxillaire et tympano-maxillaire. Sur le bord postérieur de la branche vient encore s'insérer le ligament stylo-maxillaire et un faisceau accessoire du muscle stylo-glose.

Sur la branche horizontale du maxillaire s'insère le mylo-hyoïdien, qui sépare la loge sublinguale de la loge sous-maxillaire. La communication entre ces deux loges s'établit en arrière du muscle mylo-hoïdien par intermédiaire des glandes sublinguale et sous-maxillaire, qui communiquent, quelquefois les lobules glandulaires dissocient les fibres musculaires, permettant ainsi au pus de fuser dans ces interstices.

Tout en haut de la ligne mylo-hyoïdienne, viennent s'insérer quelques faisceaux du constricteur supérieur du pharynx.

C'est dans cette région, vers la partie la plus postérieure de l'arcade dentaire, qui est inclinée vers l'intérieur, que se trouve la dent de sagesse.

Cette région présente des portes ouvertes vers plusieurs régions du voisinage.

En haut la région communique avec la région temporale par l'intermédiaire de la loge zygom-

tique, en avant avec la région génienne, en arrière la région communique avec la loge parotidienne, en dedans avec la région para-amygdalienne qui ensemble avec la loge parotidienne forment la région pré-stylienne.

En bas et en dedans il existe un rapport avec le plancher buccal et la loge sous-maxillaire par voie glandulaire.

Toute cette description nous indique que les rapports les plus dangereux s'établissent surtout vers la partie interne du maxillaire. Il faudra tenir compte de cette particularité anatomique dans les interventions sur la dent de sagesse inférieure.

2°

D'après les descriptions classiques, la dent de sagesse inférieure, lorsqu'elle est normale et normalement située, c'est-à-dire dans le prolongement de la rangée parabolique des dents inférieures, sa couronne bien dégagée ayant sa face triturante au niveau de celles des deux premières molaires, ses deux racines n'étant pas trop inclinées en arrière, et ne pénétrant pas trop profondément dans la branche montante, a normalement deux racines relativement courtes (10 mm) dont le diamètre linguo-vestibulaire est de 9 mm. au collet, elles sont plus trapues, plus arrondies que celles des deux premières molaires, les racines peuvent être séparées ou fusionnées. Elles ont une direction oblique en arrière et même une légère courbure à concavité postérieure. La dent de sagesse présente de nombreuses anomalies de morphologie surtout en rapport avec la gêne de l'éruption. Les anomalies portent sur le

nombre des racines, sur leur direction, sur leur forme.

Ainsi on peut rencontrer deux, trois, quatre, et même cinq racines, qui peuvent être séparées ou fusionnées, peuvent converger, être recourbées en « crochet », ou bien en « barre », ou diverger surtout aux dépens de la racine postérieure enroulée sur elle-même, en « cor de chasse ».

La forme des racines peut aussi varier à l'infini, tantôt les racines sont petites, grêles, trapues, tantôt d'une longueur excessive, il faut alors craindre la proximité du canal dentaire, tantôt les racines sont sinueuses.

Les plus grandes anomalies se rencontrent dans la position de la dent par rapport au maxillaire inférieur et par rapport à la 2^e molaire.

En ce qui concerne ces anomalies, la dent de sagesse peut se trouver en occlusion totale ; osseuse ou fibro-muqueuse ; ou bien en occlusion partielle. (M. Maurel).

Pour avoir un aperçu plus complet de toutes les possibilités de position que peut prendre la dent de sagesse, il nous semble utile de donner ici la classification simple et claire de Kurt. H. Thoma.

« La position de la dent de sagesse inférieure peut être :

1° Verticale, 2° Distoblique, 3° Mésioblique, 4° Horizontale, 5° Transversale. — a) à racines droites, b) à incurvation distale, c) à incurvation mésiale ».

Nous donnerons encore le tableau très clair et complet de Humberto Aprile, où il reprend les classifications proposées par Wahl et Winter.

1 ^o Inclusions totales (intra-osseuses)	Horizontales. Mésio-angulaires Disto-angulaires. Verticales. Linguales complètes.	
2 ^o Inclusions partielles (gingivales)	Infra-gingivales. Infra-occlusales. Occlusales. Supra-gingivales. Supra-occlusales.	Mésio-angulaire. en ligne avec l'arcade avec déviation linguale avec déviation vestibulaire avec torsion de l'axe Horizontales Disto-angulaires Vestibulo-angulaires Linguo-angulaires Linguales complètes

Le même auteur donne une statistique sur la fréquence des inclusions vraies, qui se répartissent de la manière suivante :

Mésio-angulaires	36,4 %
Disto-angulaires	5,4 %
Verticales	32, %
Horizontales	23,4 %
Autres positions	2,8 %

Les classifications anatomiques sont très nombreuses ; presque chaque auteur a une autre classification sur laquelle il base en grande partie sa technique d'extraction. Il sera plus utile de le mentionner quand nous parlerons de ces classifications.

Dès maintenant il faut se pénétrer de certaines conclusions de cet exposé anatomique, qui nous seront utiles pour le chapitre prochain.

1° La dent de sagesse se trouve dans une région difficilement abordable, surtout si au cours des accidents infectieux, un trismus vient s'y joindre.

2° La face linguale du maxillaire se trouve au voisinage des régions où la propagation de l'infection peut devenir dangereuse : amygdale, plancher buccal, région sous-maxillaire.

3° La dent de sagesse peut, par ses racines, entrer en contact avec le nerf dentaire inférieur et les vaisseaux dentaires, d'où danger d'accidents nerveux, vasculaires et de propagation facile de l'infection par voie sanguine.

4° Le coincement de la dent de sagesse vers la face distale de la II^e molaire nécessite une conduite spéciale au cours de l'intervention..

5° Dans certains cas, la dent est tout à fait incluse dans la branche montante, très loin du bord antérieur de cette branche, alors le choix de la voie d'accès, externe ou interne, se pose.

6° Enfin la diversité des formes anatomiques de la dent nécessite un examen radiographique exact et une technique adéquate à chaque cas qui se présente.

IV

CLASSIFICATIONS

DES DIFFÉRENTES TECHNIQUES D'EXTRACTION DE LA DENT DE SAGESSE INFÉRIEURE

Après avoir étudié la région dans laquelle a lieu l'extraction de la dent de sagesse et la dent elle-même, pouvons-nous choisir une des techniques d'extraction exposées dans le deuxième chapitre ?

Nous voyons que le choix est extrêmement difficile, car les cas anatomiques qui se présentent sont très variés.

On ne peut donc parler d'un bon procédé d'extraction de la dent de sagesse, mais de plusieurs bons procédés. En vérité, en passant en revue les différents procédés, nous voyons dans chacun d'eux une part de vérité, il s'agit seulement d'appliquer chaque procédé à un cas anatomique donné, il est donc nécessaire d'établir une classification des différents procédés d'extraction.

Voyons ce qui a été fait dans ce domaine. Il existe plusieurs classifications, mais peu qui soient complètes.

1°

Déjà dans les traités classiques, nous trouvons une certaine classification. Ainsi M. Herpin préconisa l'emploi du davier, si on arrive à luxer avec lui convenablement la dent. Si c'est impossible, l'auteur emploie la langue-de-carpe qui nécessite la solidité de la II^e molaire. Si la dent de sagesse est fortement inclinée en avant, il faut se garder de l'emploi de la langue-de-carpe, car la lame risque d'enfoncer cette dent en agissant dans l'espace interdentaire. Enfin, l'auteur préconise dans les cas plus ou moins simples, où l'emploi du davier et de la langue-de-carpe sont impossibles, de se servir de l'élévateur droit de Pont de la pince de homard et de la clef de Garangeot.

Pour les dents de sagesse incluses ou semi-incluses, on utilise la voie chirurgicale interne (1) ou externe, l'auteur ne spécifie pas les indications pour ces deux voies.

Nous voyons que cette classification n'est ni complète, ni précise, qu'elle ne tient pas compte de tous les cas anatomiques qui se présentent, et qu'elle ne spécifie pas exactement les procédés à appliquer à ces cas.

2°

Nous allons exposer le travail fait sur cette question par *Glenn J. Pell et Thaddens Gregory*. « Les troisièmes molaires inférieures incluses, essai de

(1) Voir page 20.

classification des cas et techniques de l'avulsion »
(Sem. Dent., 1933).

Voilà ce que disent les auteurs dans ce travail :

« Avant d'entreprendre l'extraction de la 3^e molaire, il s'agit de résoudre un certain nombre de problèmes.

I. — Il faut établir les rapports de la dent avec le tissu osseux, il en existe 3 classes :

a) Classe 1. Inclusions dans lesquelles il y a suffisamment de place pour le passage de la 3^e molaire ;

b) Classe 2. L'espace entre la branche montante et le bord distal de la deuxième molaire est plus petit que le diamètre mésio-distal de la 3^e molaire.

c) Classe 3. La dent est plus ou moins bloquée dans le tissu osseux.

II. — Il faut établir la profondeur relative de l'inclusion.

Position A. La partie la plus haute de la dent est au-dessus ou au niveau de la ligne d'occlusion.

Position B. La partie la plus haute de la dent est au-dessous du plan d'occlusion, mais au-dessus de la ligne des collets.

Position C. Le bord supérieur de la dent est au niveau ou au-dessous de la ligne des collets.

III. — Position relative de la dent par rapport au grand axe de la deuxième molaire.

1° Verticale.

2° Horizontale.

3° Renversée.

a) Déflexion vestibulaire.

b) Déflexion linguale.

c) Torsion.

4° Version mésiale.

5° Version distale.

IV. — Il faut envisager les complications :

1° Courbure avec disposition anormale des racines ;

2° Hypercémentose. 3° Canal dentaire inférieur. 4° Densité osseuse anormale. 5° Adiposité du sujet. 6° Manque de visibilité. 7° Trismus. »

Ayant ainsi résolu les problèmes qui se posent, on intervient de la façon suivante :

1° On découvre la couronne, on résèque du tissu du côté mésio-cervical, pour permettre l'introduction d'un petit élévateur.

2° On fait sauter le fragment distal de la dent à l'aide de la fraise, de la gouge et du maillet.

3° Le fragment fendu est enlevé.

Pour permettre la sortie de la dent, il est quelquefois nécessaire de réséquer une assez grande partie osseuse du côté distal.

Dans les inclusions verticales et mésio-angulaires, tout ce qui reste à faire c'est de glisser un élévateur à lame fine et basculer la dent dans l'es-

pace resté libre. Dans les inclusions horizontales, il est parfois nécessaire de séparer les fragments de la couronne qui subsistent, on y arrive en forant à la fraise un ou deux trous dans la couronne, cherchant ensuite à sectionner à l'élévateur ou à la gouge.

4° Les fragments qui restent sont ensuite enlevés avec la racine. « Par cette méthode, on réduit au minimum l'incision et la destruction osseuse, on évite les lésions des tissus voisins et spécialement une atteinte du nerf dentaire inférieur. »

Si cette classification nous satisfait au point de vue anatomique, elle est insatisfaisante du point de vue des procédés à appliquer à tous ces cas anatomiques, ces derniers étant traités d'une manière trop schématique.

3°

Hauenstein (Munich) distingue 8 cas différents, et à propos de chacun de ces cas, il pose des indications précises.

1^{er} cas. La dent de sagesse ne possédant pas de racines coudées, se trouve en position presque normale ; dans ces conditions, on emploie le davier.

2 cas : Dent fortement incluse et en malposition. Il s'agit dans ce cas non d'augmenter la force, mais de diminuer la résistance. On pratique l'extraction à l'aide de différents élévateurs.

Autres cas : Dans tous les autres cas où l'emploi d'instruments ordinaires est impossible, il faut recourir à l'extraction chirurgicale.

On fait une incision en T ou en V, on enlève

la paroi du côté vestibulaire à l'aide de la gouge et du maillet et on extrait la dent avec un élévateur gouge, ou pied de biche.

Si la dent est située profondément, on sépare la couronne des racines avec une fraise à fissure, on enlève les petites pointes osseuses, qui bordent la plaie, celle-ci est lavée, les lambeaux périostiques remplacés dans leur position antérieure et fixés à l'aide de quelques fils. Après 4-5 jours, on enlève les fils.

4°

Winter distingue :

A. Des inclusions partielles :

- a) par le tissu mou,
- b) par le tissu osseux,

B. Des inclusions totales :

- a) par le tissu mou,
- b) par le tissu osseux,
- c) dents incluses à cause d'un espace insuffisant,
- d) dents incluses par malformation ou malposition (variétés diverses).

A. *Inclusions partielles*

a) Le tissu mou retarde l'éruption, il peut former des poches, qui peuvent s'infecter, donc nécessité d'intervenir.

S'il est possible de déplacer le tissu mou pour bien ajuster le davier, on en fait usage ; généralement, on se sert des élévateurs. Si le tissu mou qui recouvre la face triturante gêne, on le sectionne

d'abord et on pratique ensuite l'avulsion à l'aide de l'élévateur. Il faut inciser le tissu, surtout du côté distal où il est particulièrement dense.

b) Si le tissu osseux recouvre la face triturante il faut l'enlever à la fraise ou aux ciseaux. Si on se trouve en présence d'une anomalie dentaire, par exemple, et si la 3^e molaire est surplombée par la 2^e molaire inférieure, on introduit l'élévateur dans l'espace proximal et du côté buccal (vest.), la dent est d'abord ébranlée en tournant le sommet de la poignée mésialement, en exerçant ensuite une légère pression sur la poignée pour amener la couronne à un point où elle pourra être dirigée distalement, on termine l'opération au davier.

Si le même cas se présente, mais le tissu osseux du côté distal est dense, on le sectionne d'abord ; s'il est impossible d'introduire l'élévateur entre les deux dents, on enlève à la fraise la partie mésiale de la couronne de la 3^e molaire et on introduit l'élévateur.

B. *Inclusion totale*

a) Par le tissu mou. On incise la muqueuse ; si la dent est à peu près normale, on applique le davier aux faces linguale et buccale, le premier mouvement se fait en direction linguale, après on exerce des tractions.

b) Par tissu osseux. On emploie la même technique que pour une dent non complètement incluse.

c) Dans ces cas, on enlève une partie suffisante du tissu osseux du côté distal et buccal pour faciliter l'ajustement de la lame de l'élévateur Lecluse, après quoi la dent est forcée du côté lingual pour être libérée.

d) Si la dent est incluse par malformation ou malposition, on la libère de l'os environnant à l'aide de l'élévateur Lecluse, en prenant un point d'appui sur la 2^e molaire, on tire la dent de sagesse de son alvéole. On emploie cette technique quand la dent de sagesse est sans contact avec la 2^e molaire et le tissu osseux du côté distal n'est pas trop dense.

Lorsque la face triturante de la 3^e molaire surplombe la 2^e molaire, il est nécessaire d'enlever la paroi linguale.

On incise le tissu mou sur une distance un peu plus élevée que les racines de la 3^e molaire, on met l'écarteur pour retenir les languettes du tissu mou, on étanche le sang. Avec une fraise chirurgicale, on fraise les procès alvéolaires, on continue le fraisage du côté de l'apex. Avec une fraise ronde ou à fissure on enlève les procès entre les racines, après on détache l'écarteur et on applique l'élévateur Lecluse à la face buccale de la dent avec une pression suffisante pour extraire la dent en direction linguale à travers l'espace ménagé pour sa sortie. Il vaut donc mieux enlever une partie suffisante de la face linguale.

Nous voyons que l'auteur se sert dans la majorité des cas d'élévateurs. Il faut dire que par ce procédé on n'arrive pas dans tous les cas à extraire la dent de sagesse, son emploi ayant une indication précise.

5°

Passons maintenant à la classification de *M. Crocquefer*.

Après avoir posé les indications de l'extraction de la dent de sagesse inférieure et après avoir ex-

posé la méthode de l'examen clinique et radiographique, qui nous donnera des renseignements sur le cas anatomique et pathologique précis qui se présente, M. Crocquefer individualise plusieurs cas.

1° La dent est entière. Ses racines sont semblables à celles des autres molaires inférieures normales qui existent sur l'arcade dentaire. La technique opératoire est alors semblable à celle employée pour toutes les grosses molaires inférieures.

2° La dent n'est plus représentée que par ses racines, ou bien elle peut être entière, mais ses racines sont recourbées en trompette ; ou bien elle est en malposition vestibulaire, mais il existe au moins la 2^e grosse molaire inférieure ou ses racines. L'extraction se fait en employant la langue-de-carpe.

3° La dent est en malposition linguale, ou bien la palpation permet de reconnaître qu'elle repose sur la console située souvent à la face interne de la branche montante. L'extraction se fait par le procédé de Pont.

a) La dent est isolée sur l'arcade dentaire.

b) La dent est inclinée par rapport à l'axe des autres dents, son évolution est incomplète et elle vient buter sur la dent précédente.

c) La dent est incluse dans le maxillaire. Dans ces trois derniers cas et chaque fois que les méthodes précédentes n'auront pas été suivies de succès, on aura recours à l'extraction chirurgicale.

Dans toutes ces classifications, nous n'avons pas trouvé les indications pour l'intervention par voie externe. Il faut le dire que les observations re-

latées par les différents auteurs ne sont pas nombreuses.

Cette voie est dangereuse en raison de la communication qui peut s'établir entre le milieu septique buccal et le cou, mais elle trouve, quoique rarement, son indication. Il s'agit d'une occlusion de la dent de sagesse située très haut dans la branche montante ou très en arrière vers l'angle de la mâchoire, très près de la paroi externe. Si dans ce cas la voie buccale est impossible à pratiquer, on recourt à la voie externe, mais, disons-le encore une fois, c'est un procédé exceptionnel.

Avant de passer au prochain chapitre, il faut remarquer que la dernière classification nous semble la plus simple et logique, car elle tient compte de toutes les conditions anatomiques dans lesquelles se passe cette intervention, et adapte exactement la technique et l'instrumentation au cas qui se présente.

Nous verrons dans le chapitre V que malgré toutes les précautions, l'opérateur n'est pas exempt de surprises.

V

SURPRISES OPÉRATOIRES ET POST-OPÉRATOIRES

Ces classifications faites dans le but de choisir la technique opératoire et de simplifier l'intervention, peut-on éviter toutes les surprises opératoires et post-opératoires ?

Non ! c'est impossible, car employant toutes les méthodes modernes pour établir un diagnostic

précis, on peut être surpris à l'intervention même.

L'image radiographique faite avec la plus grande précision nous trompe quelquefois, ainsi est-il exact quand M. Maurel dit : « *De nombreuses erreurs quelquefois radiographiques sont commises, il arrive d'interprétation des faits surtout cliniques et ve rarement qu'une extraction supposée chirurgicale se révèle comme très simple, c'est le contraire qui arrive le plus souvent.* »

Ainsi on peut avoir à faire à des complications post-opératoires très diverses :

- 1) Fracture complète du maxillaire.
- 2) Lésions partielles de l'alvéole, point de départ possible d'hémorragies et d'infections secondaires.
- 3) Mise à nu du canal dentaire, hémorragie, anesthésie.
- 4) Fracture de la dent.

On peut rencontrer des complications secondaires d'ordre hémorragique ayant pour l'origine une esquille alvéolaire, la déchirure du paquet vasculo-nerveux du canal dentaire inférieur (bénignes). Quelquefois on se trouve en présence de complications d'ordre infectieux, osseux et de phénomènes douloureux.

Nous voyons donc que malgré toutes les précautions prises pour le diagnostic et pour le choix et l'application de la technique, on peut être désagréablement surpris. Ceci résulte du fait, que les cas qui se présentent sont extrêmement variables et que nos moyens d'investigation pour dépister ces cas ne sont pas assez perfectionnés pour pouvoir nous renseigner exactement.

OBSERVATIONS

Voilà quelques observations qui vont illustrer mieux, ce que nous venons de dire plus haut :

OBSERVATION I

Le 18 juin 1928, arrive auprès de moi un des stomatologistes les plus réputés de Paris, accompagné d'un malade argentin en piteux état. Notre confrère me déclare : « Je suis vieux dans le métier, j'ai extrait bien des dents de sagesse, mais j'avoue ne rien comprendre à ce qui vient de m'arriver. Après une heure d'efforts pour mettre à jour et dégager une troisième molaire inférieure gauche, j'ai pu saisir celle-ci dans un davier et, quoique je sois très vigoureux, quoique la dent soit très mobile, je n'ai pu l'extraire. Mon patient est hors d'état de supporter les plus longues manœuvres. Voulez-vous nous aider ? »

Le malade étant étendu et en bon éclairage, je constate que ce que notre confrère essayait d'extraire, ce n'était pas la dent de sagesse, toujours profondément enfouie et immobile, mais la branche montante ! Il y avait, en effet, une fracture de l'angle et le fragment supérieur, fortement déplacé en avant, usé par la fraise ou la gouge, était la cause de la confusion.

Le malade ne fut guéri de sa fracture, au prix, d'ailleurs, d'une légère déformation, qu'après quatre mois. J'ajoute que, très loyalement, notre confrère s'est offert à publier ce cas avec moi, tant il reste convaincu qu'un pareil accident peut arriver entre les meilleures mains.

OBSERVATION II

Mme B..., m'est adressée le 13 novembre 1933, pour un trismus irréductible résultant d'une extraction de dent de sagesse inférieure gauche faite deux mois auparavant. Un recul d'un demi-centimètre environ de l'arcade dentaire inférieure, et une douleur précise au niveau de l'articulation temp-maxillaire attirent mon attention. Je demande une radiographie. Celle-ci, pratiquée par le Docteur Truchet, montre une fracture du col du condyle.

Le dentiste raconte qu'au moment de l'extraction, la malade, très nerveuse, avait fait un vif mouvement de dé-

fense et pendant un instant, il a cru que la mâchoire était luxée, mais celle-ci a pu reprendre sa place. Néanmoins, le léger recul a persisté. Le 1^{er} décembre, j'ai pratiqué l'extirpation du condyle, qui était presque retourné sur lui-même. Les mouvements se sont progressivement rétablis.

Ces observations sont relatées par M. L. Dufourmentel, dans un article intitulé « Les fractures des maxillaires au cours d'extractions de dents de sagesse. » Ces deux observations montrent la gravité des accidents qui peuvent arriver à l'opérateur et la nécessité d'une préparation pour une intervention chirurgicale chaque fois qu'on doit extraire une dent de sagesse inférieure.

Voilà deux observations encore plus significatives que les premières :

OBSERVATION III

Le 31 octobre 1934, Mlle D... vient nous consulter pour une dent de sagesse inférieure droite en malposition vestibulaire provoquant des accidents muqueux à répétition.

La radiographie pratiquée (par dédoublement du maxillaire inférieur) montre une dent de sagesse dont les racines sont recourbées, en cor de chasse.

La présentation de la dent sur l'arcade et la radiographie imposent l'extraction par le procédé de la langue-de-carpe (voir « Indications et Technique de l'extraction de la dent de sagesse inférieure », chapitre : Comment choisir parmi les différents procédés d'extraction. Crocquefer. Revue Belge de Stomatologie, N° 1, 1932).

On pratique donc une anesthésie tronculaire à l'épine de Spyx, après avoir fait un centigramme de morphine et après syndesmotomie, la langue-de-carpe est appliquée en position correcte entre les racines de la dent de douze ans et de la dent de sagesse ; mais dès les premières tentatives de luxation, on entend un petit bruit sec caractéristique : une des racines s'est fracturée.

L'examen de la dent extraite montre que c'est un apex de la racine distale. On fait immédiatement une radiographie qui localise aussi bien que possible la racine restante dans le maxillaire par rapport au nerf dentaire ; on pousse une deuxième anesthésie tronculaire et on est assez heureux, après avoir réséqué une partie de l'os à la gouge et au burin, pour libérer la racine restante et l'extraire.

Les suites opératoires sont absolument normales ; on note

un peu de trismus pendant les cinq premiers jours et la malade revue le 24 novembre ne présente plus qu'une plaie d'aspect parfaitement sain qui se comblera du fond vers la surface.

OBSERVATION IV

Le 15 mai 1935, Mlle T. vient nous trouver pour une extraction de dent de sagesse inférieure gauche incluse provoquant des névralgies faciales importantes.

La dent n'est pas perceptible à l'examen intra-buccal et la radiographie pratiquée montre une dent enclavée dans le maxillaire, dont les racines extrêmement courbes, grêles, allongées, cheminent le long du canal dentaire, ce qui tend à expliquer les névralgies.

L'extraction est décidée ; une seule technique s'impose : c'est l'extraction chirurgicale. On la pratique d'emblée. L'os est enlevé par copeaux à la gouge et au maillet la dent est découverte progressivement, de la couronne vers l'extrémité de ses racines ; mais l'os est dense, difficile à travailler, d'une épaisseur de près d'un demi-centimètre sur sa face vestibulaire et force est bien, avant d'avoir découvert la totalité de ses racines, d'essayer de mobiliser la dent.

A l'aide du syndesmotome droit et de l'élévateur, on désinsère autant qu'il est possible ce qui peut rester de ligament alvéolo-dentaire et tout doucement on pratique une luxation qui fait venir la dent sans effort ; on ne note pas le moindre petit bruit de fracture de racine au cours de l'extraction qui se fait facilement et l'examen de la dent permet alors de se rendre compte qu'il se trouvait deux racines linguales et deux racines vestibulaires. Les deux racines vestibulaires donnent l'impression d'avoir été sectionnées nettement par un coup de gouge, ces racines étaient donc déportées vers le vestibule, renseignement que la radio ne pouvait nous donner.

On pratique une radiographie, excellente, qui ne montre pas trace de débris radiculaires et l'on conclut que l'extraction doit être complète ; or, au cours d'un examen pratiqué le lendemain, on a la chance de ramener un débris radiculaire siégeant dans le fond de la cavité et que la radiographie n'avait pas signalé.

Voici une observation qui montre combien, si précieux que soient les renseignements donnés par la radiographie,

Ils sont encore insuffisants. Étant donné la variété et le nombre anormal des racines de dents de sagesse ; leur courbure plus ou moins compliquée, leur aspect souvent très grêle, on conçoit, d'une part, que la radiographie puisse nous renseigner d'une façon insuffisante ; d'autre part on comprend que ces renseignements insuffisants puissent conduire au choix d'une technique opératoire qui réservera au praticien la surprise désagréable d'une fracture de racine et l'obligera à terminer une extraction simple par une extraction chirurgicale.

Au cours de l'extraction de la dent de sagesse, il est donc indispensable d'avoir tout prêt sur la table d'opération, les instruments nécessaires pour pouvoir terminer convenablement l'intervention, quelles que soient les complications qui se présentent. L'extraction de dent de sagesse est donc une opération sérieuse qui doit prendre un rang plus important que celui qu'on lui donne en chirurgie osseuse.

Ces deux dernières observations ont été trouvées en dépouillant un dossier de 50 observations recueillies par M. le Dr Crocquefer, depuis l'année 1932. Elles se rapportaient presque toutes à des extractions difficiles de dents de sagesse. Elles sont intéressantes en ce sens que même en s'astreignant à une discipline particulièrement sévère quant au choix du procédé d'extraction ; après examen clinique et radiographique, elles indiquent que les fractures radiculaires peuvent encore se produire dans la proportion de 4 % des interventions.

Nous savons par les accidents qui surviennent au cours des interventions de beaucoup de nos confrères que les fractures de racines au cours de l'extraction de dent de sagesse, sont fréquentes, très fréquentes ; et l'on pourrait ajouter ici une liste presque interminable d'observations qui montreraient que les fractures radiculaires, et les accidents qui leur surviennent lors d'extractions incisées sont dus, quelquefois à un examen insuffisant, mais surtout à ce fait que les opérateurs, n'ayant pas prévu la possibilité de la fracture, n'étaient pas armés quand elle se produisait.

VI

CONCLUSIONS

Ainsi ayant parcouru les différents chapitres, nous arrivons aux conclusions suivantes :

1° Qu'il n'y a pas une seule bonne technique d'extraction, mais plusieurs.

2° Que l'emploi de l'une de ces techniques de préférence aux autres doit être subordonnée à un examen rigoureux clinique et radiographique.

3° Que même en tenant compte de ces recommandations, l'intervention peut réserver des surprises qui transforment une extraction simple en extraction chirurgicale.

4° Qu'il importe chaque fois que l'on veut extraire une dent de sagesse inférieure, d'avoir tout prêts sur la table d'opération, les instruments nécessaires pour l'intervention chirurgicale.

5° Qu'au point de vue anatomique et au point de vue de la technique opératoire, l'extraction de la dent de sagesse inférieure est une intervention au moins aussi grave et aussi importante qu'une appendicectomie, par exemple.

Vu : *Le Doyen*,
G. ROUSSY.

Vu : *Le Président*,
LEMAITRE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Anatomie.

- AMOEDE et POIRIER. — Traité d'anatomie : Anatomie des dents, Annexe du tube digestif.
- DIEULAFÉ et HERPIN. — La dent de sagesse. Odontologie, 1911.
- DIEULAFÉ et NOGUÉ. — Traité de Stomatologie.
- GINESTET. — Recherches sur la topographie du nerf dentaire inférieur (Revue de Stomatologie, 1934).
- FRANKENSIEPPER. — Les rapports topographiques du canal dentaire avec les racines des molaires (Deutsch, Zahn. Woch. 1932).
- HERPIN. — Anomalie rare de la dent de sagesse (Soc. de Stomatologie, 1927).
- HUMBERTO APRILE. — Anatomie topographique de la 3^e molaire inférieure, 1934 (Revista Odontologica).
- LEBEDINSKY et M. FERID. — La dent de sagesse et le nerf dentaire inférieur (Revue de chirurgie dentaire et de Stomatologie, 1933).
- RODIER. — Dents traversées ou sillonnées par le nerf dentaire inférieur (Revue de Stomatologie, 1920).
- ROUVIÈRE. — Anatomie, Vol. I.
- TESTUT. — Anatomie topographique, Vol. IV.

Extraction.

- BÉAL. — Etude sur la technique de l'extraction de la dent de sagesse inférieure. Thèse de Paris, 1927.
- BERCHER. — Anesthésie massétéline (Revue de Stomat. 1922).
- BLANCHON. — Utilité de la syndesmotomie, premier temps de toute extraction dentaire. (Thèse, Paris 1924).

- BOISSIER et TRAMUSET. — L'extraction de la dent de sagesse inférieure par voie externe. Sa technique et ses dangers (VII^e Congrès français de stomatologie, 1932).
- BROcq et MONIER. — Sur le traitement chirurgical des accidents initiaux de la dent de sagesse inférieure et l'extraction de cette dent encore incluse. (Pr. Méd. 25 oct. 1922).
- CHARRON (E.). — Technique de l'extraction de la 3^e molaire inférieure incluse (L'Odontologie 1925, LXIII).
- CHENET. — Dents de sagesse et extractions (Odontologie 1933).
- CHOMPRET et DECHAUME. — Faut-il extraire la dent en période d'infection aiguë (Presse Médicale, 1^{er} mars 1930).
- CROCQUEFER. — Indications et techniques de l'extraction de dent de sagesse inférieure (Revue odontologique, 1933).
- DJINDJIAN. — Les caries des dents de sagesse et leur traitement préventif. Le décapuchonnage (Sem. Dentaire, 1930).
- DUFOURMENTEL. — Les fractures des maxillaires au cours d'extractions de dents de sagesse (Bulletin médical 1933).
- DURAND. — La persistance chez les gens âgés des dents de sagesse incluses (Lyon Médical, 1926).
- FRITEAU. — Dents incluses (Presse dentaire, 1923).
- GLÉON, J. PELL, J. THADDENS GREGORY. — Les troisièmes molaires inférieures incluses. Essai de classification des cas et technique de l'avulsion (La semaine dentaire, 1933).
- HESSE Gustav. — Fehlgriffe in der Zahnärztlichen Chirurg. (Phlegmonöse Grozsese im Weisheitszahn gebiet. Ertsch d. Zhlk. 1929).
- HUTTINGER (G.). — L'extraction des dents à chaud (Sem. dent. 1934).
- LEHMANS. — Extraction chirurgicale des dents (La semaine dentaire, 1930).
- MONIER. — L'extraction dite « chirurgicale » des dents (Presse Médicale, 1925 XXIV).
- MORIN (B.). — Technique de l'extraction de la dent de sagesse inférieure (L'Odontologie, 1927).
- RATEAU (J.) et MERVILLE (R.). — Amygdales et dents de sagesse (Revue de Laryngologie, d'otologie et de rhinologie, 1930).
- RAISON. — Indications et contre-indications des extractions à chaud (VII^e Congrès français de Stomatologie, 1932).

REGNAULT. — Indications et technique des extractions dentaires par l'alvéolectomie vestibulaire (Sem. dent. 1929. Thèse de Paris, 1929).

ROCHER. — Sur un cas d'inclusion de la dent de sagesse inférieure, 1920.

SEIMBILLE. — Au sujet des difficultés d'extraction de certaines dents de sagesse inférieures (Revue de Stomatolog., 1928).

WINTER (G.). — Principles of exodontia as applied to the impacted mandibular third molar (Saint-Louis, 1926).

WINTER (L.). — The book of exodontia (New-York, 1927).

TABLE DES MATIERES

PRÉFACE	7
1. Historique	9
2. Exposé de différentes techniques d'extraction de la dent de sagesse inférieure	12
3. Aperçu anatomique de la région et de la dent de sa- gesse inférieure	22
4. Classifications des différents procédés d'extraction	29
5. Surprises opératoires.	38
6. CONCLUSIONS	44
7. BIBLIOGRAPHIE	45

